Ueber die Resultate der Dammplastik bei kompletten Dammrissen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Weichselgartner,
approb. Arzt aus Kraiburg.

München, 1906.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber die Resultate der Dammplastik bei kompletten Dammrissen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Weichselgartner,
approb. Arzt aus Kraiburg.

ACAD. LUDOVICAT. BIBL.

München, 1906.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Geheimrat etc. Prof. Dr. Fr. Ritter v. Winckel.

Wie die Geburtshelfer seit Jahrhunderten eifrigst bemüht sind einen geeigneten Dammschutz zu finden, der mit Sicherheit den Eintritt eines Dammrisses verhüten würde, so zeugt andererseits die grosse Anzahl der plastischen Operationsmethoden der Perinealruptur für das Streben der Gynäkologen, da helfend einzugreifen, wo es dem Geburtshelfer nicht gelungen, den Dammriss zu verhindern, aber auch dafür, dass der Ausspruch Kilians: „Nie wird die Zeit kommen, wo man den Dammriss, dieses ungünstige Ereignis aus der Reihe der Nachteile, welche das Geburtsgeschäft mit sich bringen kann, verdrängt sehen wird," auch heute noch seine Gültigkeit hat.

Wenn also demnach über Dammrisse schon viel geschrieben worden, so behandeln aber dennoch fast sämtliche Darstellungen die Perinealruptur im allgemeinen, und es dürfte gerechtfertigt erscheinen, die kompletten, namenlich in Bezug auf die durch Dammplastik erzielten Heilerfolge etwas eingehender zu betrachten und zwar soll dies an der Hand des statistischen Materials der Münchener Frauenklinik vom Jahre 1895—1905 inkl. geschehen. An 53 während dieser Zeit in der gynäkologischen Abteilung operierten Fällen, an ihrem Verlauf, an dem Endresultate, mit dem die Operierten die Anstalt verliessen, an dem Befunde, den bei Wiedervorstellung einiger Patientinnen kürzere oder längere Zeit nach erfolgter Entlassung sich ergab, werde ich über mein Thema referieren.

Zunächst möchte ich jedoch über den Begriff „kompletter Dammriss", da ja hierin keine Einheitlichkeit besteht, über

Operationsmethoden, über Beschwerden einige Bemerkungen vorausschicken. v. Winckel bezeichnet als komplette Dammrisse solche, bei denen der ganze Damm, einschliesslich des Sphincter ani externus, mit ihm die Schleimhaut des Mastdarmes und oft ein bedeutender Teil der hinteren Scheidewand eingerissen ist.

Die Operationen der kompletten Dammrisse haben ein verhältnismässig junges Alter, denn erst die Litteratur am Ende des vorigen Jahrhunderts berichtet uns von glücklichen Operationen dieser Art, sie waren eben bis dahin unvollkommen.

Und wenn wir heute auf gute Erfolge mit Genugtuung blicken können, so verdanken wir dies dem grossen Fortschritt, der in den letzten Jahrzenten auf diesem Gebiete gemacht worden ist.

Zur Beurteilung der Resultate einer Operation ist es zunächst erforderlich, ihr Prinzip festzustellen. Alle Methoden der Perineoplastik erstreben in erster Linie eine Wiedervereinigung des Mastdarmrohres und vor allem der voneinander gerissenen Fasern des Sphincter ani externus, in zweiter Linie die Herstellung einer Scheidewand zwischen Rektum und Vagina in der Breite, als es der einzelne Fall zulässt oder erfordert.

Zur Erreichung dieser beiden Ziele steht eine grosse Anzahl von Operationen zu Gebote, die alle eine geschickte und geübte Hand erfordern. Und wenn Zweifel sagt, es wäre doch nur eine Methode gut genug und nur eine könnte die beste sein, so beziehen sich seine Worte wohl auch nicht zuletzt auf die ausführende Hand des Operateurs.

Es kann überhaupt gar nicht unsere Aufgabe sein, Kritik zu üben über die einzelnen Operationsmethoden und ich kann hierzu um so weniger Verlassung haben, als bei unseren beigebrachten Fällen nicht ausschliesslich eine Methode zur

Anwendung gelangte, wenn schon die von Hegar und Kaltenbach modifizierte Simon'sche an Häufigkeit der Durchführung überwiegt.

Der Gang dieser Operation soll deshalb auch schon vor Anführung der einzelnen Krankengeschichten ausführlich beschrieben werden, wenn auch diesen zuweilen ein Operationsbericht beigegeben ist.

Hinsichtlich ihrer technischen Ausführung teilt man also die plastischen Operationen am Damme in solche, die auf Anfrischung beruhen, in solche mit Lappenbildung und endlich in Operationen durch Spaltung. Zur ersten Art gehört die Perineoplastik nach Hegar.

Das Prinzip dieser Operation ist von Dieffenbach aufgestellt, von Simon und Hegar angenommen und ausgebildet und dient dem Verfahren von Freund und Martin zur Grundlage.

Es erstrebt die Wiederherstellung der ursprünglichen Form der Wunde zwischen Vulva und Anus und zwar mit tunlichster Genauigkeit und erreicht dieses Ziel durch die von der Seite her erfolgende Vereinigung. Auf dem Sagittalschnitt entspricht die Form der Anfrischungswunde einem Dreieck, dessen eine Seite der Damm, die zweite der Schleimhautriss, die dritte der Mastdarmriss und der Riss im Septum recto-vaginale darstellt. Diese Form hat dieser Anfrischungsmethode den Namen des triangulären gegeben.

Die Operation wird in der Weise begonnen, dass man einen Punkt an der Columna rugarum, dessen Lage über dem Ende des Mastdarmrisses die Verhältnisse des einzelnen Falles bestimmen, mit einer Kugelzange fasst und anzieht. Zunächst wird ein bogenförmiger Schnitt an der Grenze zwischen Mastdarm- und Scheidenschleimhaut geführt, dann von dem in der Scheide gefassten Punkt ein Schnitt in etwas konkaver Richtung nach aussen etwa bis zum unteren Ende

der kleinen Labien gemacht, so dass sich beide Schnitte kreuzen. Die derart umzeichnete Schleimhaut wird dann in ihrer ganzen Dicke abpräpariert. Nach der vollendeten Anfrischung folgt sofort die Naht, von deren exaktem Anlegen der Erfolg ganz erheblich abhängig ist.

Die in unseren Fällen grösstenteils angewandte Operation ist folgende:

Von dem vorhandenen Gewebe wird gar nichts weggeschnitten, sondern durch einen Querschnitt werden hintere Scheidewand und vordere Mastdarmwand voneinander gelöst, zwei vertikale Schnitte am Ende der ersteren umschneiden die Narben am Anus, zwei nach oben geführte gehen bis zum Ende der Labia minora, die Mastdarmwand mittels Lauenstein'scher Suturen, Septum recto-vaginale wird durch versenkte Katgutnähte, die hintere Vaginalwand durch fortlaufende Katgut, die Dammhaut durch Katgutfäden vereinigt, eventuell werden bei Bedarf noch einige Entspannungsnähte gelegt. Die Resultate in den Krankengeschichten werden zeigen, dass man durch diese Nahtmethode durchaus befriedigende erzielte, ohne damit natürlich anderen Methoden und anderem Nahtmaterial seine Güte absprechen zu wollen.

Mit einigen Worten seien noch die übrigen Operationsmethoden berührt.

Die Lappenoperation, von Langenbeck begründet, dem Operationsverfahren von Wilms, Bischoff und Staude zu Grunde liegend, besteht darin, dass Scheide und Mastdarm, je nach Fall mehr oder weniger ausgedehnt blutig voneinander getrennt werden, die Trennungsstellen durch Anfrischung der Wundränder eine Verbreiterung erfahren, und durch die seitliche Zusammenfügung dieser Teile ein neuer Damm gebildet wird.

Die Dammspaltungsmethoden endlich von Lawson-Tait,

Fritsch u. a. haben die Erhaltung von möglichst viel Gewebe zum Prinzipe.

Ohne vorausgehende Vorbereitung würde wohl aber in manchen Fällen, welche Methode auch zur Anwendung gelangt sein mag, kein so günstiges Resultat zu verzeichnen sein. Auch bei unseren Fällen wurde sie durchwegs für nötig erachtet und erwies sich folgende Art als zweckentsprechend: Einige Tage vor der Operation wurden Laxantien gegeben, die Nahrung auf möglichst vollkommen resorbierbare Speisen beschränkt, am Abend vor der Operation dann der Damm durch Opiate ruhig gestellt. Zuweilen liess man auch mehrere Tage Sitzbäder mit Dekokt von Eichenrinden nehmen.

Es bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung, dass man in der Schaffung eines völlig aseptischen Operationsfeldes die Conditio sine qua non zu erblicken hat.

Von nicht geringerer Bedeutung für unser Thema ist die genaue Vorführung der Beschwerden und der Folgezustände, welche durch den kompletten Dammriss hervorgerufen werden; denn unser Urteil über durch Dammplastik erzielte Resultate wird sich darnach richten, inwieweit es der Therapie gelungen ist, die Krankheitssymptome zu beseitigen.

Und dass diese Beschwerden erheblich, das sagen uns wohl Küstners Worte in trefflicher Weise: Ein fehlender Damm ist ein so schweres Leiden, dass die Notwendigkeit der Wiederherstellung zu betonen überflüssig ist. Das quälendste Symptom — denn dieses allein führt den Kranken, wie wir aus vielen unserer Krankengeschichten ersehen können, oft zum Arzt, dies allein vermag ihn zur Operation zu bestimmen — ist die Unfähigkeit willkürlich Flatus und Stuhl zu halten, da ja mit Durchtrennung des Sphincter ani externus der Afterschluss nicht mehr dem Willen unterworfen ist. In manchen Fällen kann ja allerdings derber Stuhl gehalten

werden, aber diarrhoischer und Gase werden immer unwillkürlich abgehen. Trotz peinlichster Reinlichkeit in der Nachbarschaft des Perinealdefektes kommt es nicht selten zu ekzematösen Hautentzündungen, damit zu quälendem Juckreiz.

Durch das Klaffen der Vagina wird natürlich den Infektionsstoffen das Eindringen in dieselbe sehr erleichtert, es kommt zu katarrhalischen Entzündungen der Vagina, des Uterus. Reizung der Mastdarmschleimhaut führt wieder zu bedeutenden Störungen in den Stuhlentleerungen, die nicht verfehlen, ihre schädliche Rückwirkung auf den Gesamtorganismus zu äussern und so sekundär Abmagerung bewirken.

Ein weiteres recht unangenehmes Symptom ist das „Gefühl des Senkens der Geschlechtsteile", das die Patientinnen bei erhöhter Inanspruchnahme von Bauchpresse, wie z. B. beim Stuhlgang, Heben, Lachen, Husten und Niessen verspüren, ein Umstand, der sie unfähig zu jeder körperlichen Arbeit und Anstrengung macht.

Viele Patientinnen klagen über Schmerzen im Unterleib, namentlich in der Gegend des Nabels. Diese Angabe finden wir häufig dann, wenn zugleich eine Erkrankung des Uteruskörpers zu konstatieren ist; vielleicht liegt eine Erklärung für diese Klage auch in dem Umstande, dass die prolabierten Scheidewände konstant am Uterus und an den Parametrien zerren und auf diese Weise Schmerzen im Leib, in der Seite und im Kreuz, die zuweilen bis ins Bein ausstrahlen, erzeugen können. Andere Patientinnen klagen über Neuralgien verschiedener Art, über Jucken und Brennen am After. Meist gehen diese abnormen Empfindungen von den Schleimhautnarben aus. Bei sehr dünner Scheidewand entwickeln sich in dieser Fissuren, was uns der Kranken Klagen über schmerzhaften Stuhlgang und Coitus erklärlich macht. Vielleicht kann dadurch auch ein kompletter Dammriss zuweilen Ursache zur Sterilität werden; infolge der Schmerzhaftigkeit wird der

Coitus nicht richtig ausgeübt, der mangelhafte oder fehlende Scheidenverschluss lässt den eiaculierten Samen zu rasch die Vagina wieder verlassen. Diese Fülle von Leiden ist natürlich auch nicht ohne schädigenden Einfluss auf das gesamte Nervensystem, die nervösen Symptome und melancholischen Depressionszustände sind oft sehr schwere.

Mit diesen körperlichen Leiden zusammen tun die Unfähigkeit einer angemessenen Beschäftigung, nicht selten auch die Verzweiflung an einer Heilung und nicht zum mindesten der Zwang allen geselligen Vergnügungen ferne zu bleiben, ein übriges, um Frauen mit komplettem Dammriss mit zu den unglücklichsten ihres Geschlechtes zu machen.

Dem Gesagten zufolge möchte man glauben, jede derartig Kranke müsste sofort Abhilfe für ihr Leiden suchen, und doch lehrt uns die Statistik auch unserer Fälle das gerade Gegenteil.

Oft erst nach Jahren suchen sie den Arzt auf und es kann uns sogar, wie auch in einem der vorliegenden Fälle, begegnen, dass ihnen ihr Zustand keine oder nur sehr geringe Beschwerden verursachte.

Da komme ich auf die Frage, könnte dieses Heer von Leiden nicht eine Naht, die der Perinealruptur, ich möchte sagen unmittelbar auf dem Fusse folgt, aus der Welt schaffen. Die Anamnesen unserer Fälle geben uns hierauf die Antwort. Wenn schon unter 53 Fällen überhaupt nur 13 sofort genäht wurden und diese nur mit negativem Erfolge, so wird man die Erfolge der Primäroperation nicht hoch einschätzen können. Die ungünstigen Resultate sind wohl leicht zu verstehen, ein ödematöses, vielleicht auch schon mit Keimen durchsetztes Gewebe kann für eine Operation nicht geeignet sein. Von einer Sekundärnaht ist ebensowenig zu erwarten, wie wir an zwei unserer Fälle sehen können. Abhilfe kann allein die Dammplastik bringen. In unseren Fällen gelang

die Vereinigung des Defektes mit einer einzigen Ausnahme vollständig und die Beschwerden wurden sicher beseitigt. Eine eingehendere Betrachtung der Fälle nach dieser Richtung wird am Schlusse der Arbeit folgen.

1895.

1. Walburga B., led. Taglöhnerin. J.-N. 172.

Anamnese: Eine Zangengeburt, dabei entstand Dammriss.

Beschwerden: Klagt über Leibschmerzen, keine Kreuzschmerzen, Stuhlverstopfung ist immer im geringen Grade vorhanden. Angeblich Gebärmuttervorfall.

Status praesens: Vulva klaffend, Damm bis in den Anus hinein eingerissen, beide Vaginalwände invertiert. Uterus nach hinten gelagert, sehr vergrössert.

Diagnose: Kompletter Dammriss. Inversion beider Vaginalwände. Retroflexio uteri.

Behandlung: Vorausgehend Colporrhaphia ant. et post., dann Dammplastik: 4 cm oberhalb der hinteren Kommissurenwunde wurde die hintere Vaginalwand mit einem Doppelhäkchen gefasst, an der hinteren Kommissur bogenförmig in einer Breite von etwa 6 cm die hintere Vaginalwand abgelöst, in einer Höhe von 4 cm durch versenkte Katgutnähte das Septum rectovaginale verlängert, die hintere Vaginalwand durch fortlaufende Katgutnaht vereinigt, von ihr in das Septum eingegangen und die Wunde bis zum unteren Ende noch durch fortlaufende Katgut verschmälert und schliesslich durch fünf Fil de Florence-Fäden vereinigt.

Verlauf: Ohne jede Störung.

Entlassungsbefund: 14 Tage nach der Operation, 17 Tage nach Aufnahme: Damm, Mastdarm und Wunde in der Scheide gut geheilt. Uterus in gehöriger Lage. Ohne subjektive Beschwerden.

1896.

1. Marie D., Bierbrauersfrau. J.-N. 53.

Anamnese: Drei Partus, zweiter Partus Frühgeburt im achten Monat. Sämtliche ohne Kunsthilfe. Bei der letzten Geburt entstand Dammriss (März 1895).

Beschwerden: Sonderliche Beschwerden sollen bis vor kurzem nicht bestanden haben, insbesonders soll keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch den Defekt verursacht worden sein. Seit drei Wochen fühlt Patientin, derzeit im dritten Monat gravida, beim Arbeiten drängendes Gefühl im Abdomen nach abwärts, kann dünnen Stuhl und Winde nicht mehr halten, zeigt psychische Depression.

Status praesens: Uterus retroflektiert. Der Damm besteht aus einem ca. 1 cm langen Stück, welches vom Anus her nach vorne zieht; der Sphincter ani besitzt nach vorne zu keine zirkuläre Schliessung. In der Gegend der unteren Hymenalreste befindet sich von einem Labium zum anderen herübergehend eine papierdünne, etwa $^3/_4$ cm breite Hautbrücke.

Diagnose: Kompletter Dammriss. Retroflexio uteri.

Behandlung: Perineoplastik nach Lawson-Tait. Das Rektum und der Sphincter mit Katgut vernäht.

Verlauf: Fünf Tage nach der Operation ist die Heilung der Wunde bereits soweit vorangeschritten, dass die Nähte entfernt werden können.

Entlassungsbefund: Zwölf Tage nach der Operation wird Patientin völlig geheilt entlassen. Ihre Klagen sind verschwunden. Der Dammriss ist per primam intentionem geheilt.

2. Josefine Sch., led. Kindermädchen, 25 Jahr. J.-N. 71.

Anamnese: Ein Partus 1894, Wendung mit nachfolgender Zange.

Beschwerden: Patientin hat einen alten, bei der Geburt entstandenen Dammriss, der ihr zwar auffallenderweise keine weiteren Beschwerden verursacht, den sie sich aber doch operieren lassen will.

Status praesens: Vulva geöffnet, Damm fehlt völlig.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Perineoplastik nach Hegar.

Verlauf: Vollkommen ungestört.

Entlassungsbefund: Sechzehn Tage nach der Operation Wunde gut verheilt, Winde und Stuhl können gut gehalten werden.

3. Elise K., Schlossersfrau, 31 Jahr. J.-N. 73.

Anamnese: März 1896 zum ersten Male entbunden ohne ärztliche Hilfe. Dammriss.

Beschwerden: Patientin hat beständig trägen Stuhlgang, klagt über Ausfluss.

Status praesens: Vollständiger Dammdefekt. Vulva geöffnet, aus der Vagina mässiges, schleimig-eitriges Sekret.

Diagnose: Kompletter Dammriss. Endometritis.

Behandlung: Perineoplastik nach Hegar.

Verlauf: Sechs Tage lang nach erfolgter Operation musste Patientin katheterisiert werden, dann konnte der Urin ohne jegliche Beschwerden spontan entleert werden, wie überhaupt Patientin während des ganzen Heilungsprozesses ohne Schmerzen war.

Entlassungsbefund: Wunde nach 14 Tagen p. p. geheilt. Winde und Stuhl werden willkürlich gehalten. Ausfluss sehr gering.

4. Marie St., Fabrikarbeitersfrau, 40 Jahr. J.-N. 75.

Anamnese: Vor zehn Wochen Zangengeburt mit Dammriss.

Beschwerden: Weicher und harter Stuhl können nicht gehalten werden.

Status praesens: Damm ganz durchrissen, Vulva weit klaffend.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Perineoplastik (Hegar).

Verlauf: Bereits am Tage nach der Operation erfolgte spontane schmerzlose Blasenentleerung. Wunde heilt reaktionslos.

Entlassungsbefund: Dreizehn Tage nach Operation mit vollständiger Kontinenz geheilt.

5. Therese M., led. Pflegerin, 26 Jahr. J.-N. 115.

Anamnese: Ein Partus Mai 1894, angeblich Steisslage, ohne ärztliche Hilfe. Patientin ging erst nach einem Jahre zum Arzt, um sich den bei der Geburt entstandenen Dammriss operieren zu lassen. Die Operation wurde im Februar v. Js. gemacht, da keine Heilung erfolgte, wollte der Arzt vor einigen Wochen noch eine Nachoperation machen. Patientin begab sich aber in die Klinik.

Beschwerden: Inkontinenz für Flatus und weicher Stuhl.

Status praesens: Der ganze Damm ist aufgehoben, der Riss erstreckt sich noch 1 cm in den Anus hinein.

Diagnose: Dammriss dritten Grades.

Behandlung: Typischer Operationsverlauf.

Verlauf: Ohne Störung, Wunde zeigte starke Heilungstendenz.

Entlassungsbefund: Patientin ist acht Tage nach Aufnahme, sechs Tage nach der Operation entlassungsfähig. Der Anus hat reguläre Kontur, der Damm ist ca. 4 cm lang, der Sphincter dem Willen vollkommen unterworfen.

6. Babette B., Tapezierersfrau, 40 Jahr. J.-N. 167.

Anamnese: Ein Partus vor zehn Wochen, von vier Ärzten geleitet, Kind tot geboren, Dammriss.

Beschwerden: Ständige Stuhlverstopfung; Patientin nahm ein Abführmittel und darauf ging zweimal unwillkürlich Kot ab, auch die Winde können nicht gehalten werden.

Status praesens: Bei weit klaffender Vulva vordere Vaginalwand invertiert, Damm völlig durchgerissen, so dass Mastdarmschleimhaut auf eine Entfernung von 1 cm freiliegt.

Diagnose: Kompletter Dammriss, Inversion der vorderen Vaginalwand.

Behandlung: Vom unteren Ende der kleinen Labien beginnend Lappenschnitt nach dem Anus zu, der die Partien des Rektum und des Sphincter anfrischt. Dieser Lappen nach oben zu abpräpariert und die Mastdarmwand nach der Seite hin freigelegt. Der Riss im Rektum durch Lauenstein'sche Suturen geschlossen, so dass durch tief versenkte Nähte ein neues Septum recto-vaginale geschaffen wird. Der mit einer Kugelzange nach oben gehaltene Lappen wird an seiner Wundfläche durch fortlaufende Katgut vernäht und in die Scheide eingestülpt. Nun folgt die Naht der äusseren Haut durch Fil de Florence; dieselbe musste in das Narbengewebe der alten Dammwunde gelegt werden, infolgedessen ist die Spannung durch die vorher schon bestandene Retraktion des Gewebes bedeutend.

Verlauf: Trotz der bestehenden Gewebsspannung ohne Störung. Nach zweitägiger Katheterisation spontane Urinentleerung. Nach Entfernung der Fil de Florence-Nähte klafft allerdings die Wunde oberflächlich, aber nur ganz geringgradig und granuliert unter Amyloformbepuderung sehr rasch.

Entlassungsbefund: Wunde gut verheilt; die bestehende Gewebsspannung ohne subjektive Beschwerden für

die Patientin, diese fühlt sich vielmehr sehr wohl und kann Flatus und Stuhl gut halten.

7. Babette St., Rentamtsdienersfrau, 38 Jahr. J.-N. 177.

Anamnese: Ein Partus vor zwei Jahren, mit ärztlicher Hilfe. Kind in Steisslage tot geboren, Dammriss.

Beschwerden: Seit der Geburt kann Patientin weder Stuhl noch Winde halten, in letzter Zeit zudem beim Wasserlassen brennenden, zusammenziehenden Schmerz in der Blasengegend.

Status praesens: Vulva klaffend, beide Vaginalwände invertiert, in der Gegend der hinteren Kommissur eine querverlaufende, nach beiden Seiten hin ausstrahlende Narbe, unter welcher die vordere in sagittaler Richtung 1 cm lang eingerissene Mastdarmschleimhaut freiliegt. Ebenso erscheint der Sphincter in seinem vorderen Abschnitte durchrissen und nach beiden Seiten zu retrahiert.

Diagnose: Totaler Dammriss mit Inversion beider Vaginalwände.

Behandlung: Perineoplastik nach Lawson-Tait.

Verlauf: Die Entfernung der Hautnähte, auch die am Sphincter, die schon am vierten Tage post operationem erfolgte, bewirkt kein Auseinanderweichen der Wundränder.

Entlassungsbefund: Es besteht guter Sphincterschluss mit völliger Kontinenz. Fünfzehn Tage nach der Operation kann Patientin geheilt, auch von dem brennenden Schmerz in der Blase befreit, die Anstalt verlassen; sie kann nunmehr das Wasser wieder lange Zeit zurückhalten, während früher der Urin tropfenweise unwillkürlich abging.

8. Katharina R., Verwalterstochter, 37 Jahr. J.-N. 231.

Anamnese: Ein Partus am 13. August 1896; der dabei entstandene Dammriss wurde erst vier Tage nach der Geburt von der Patientin bemerkt, indem der Kot aus der Scheide

abging und Patientin ein Klystier nicht mehr halten konnte. Ein Arzt legte drei Nähte am Mastdarm und drei am Damm.

Status praesens: Vulva in ihrem hinteren Abschnitt klaffend; an dem etwa $1^1/_2$ cm langen Damm in der Mittellinie sowie rechtwinklig zu dieser weissliche Narben. 3 mm unterhalb der Gegend der hinteren Kommissur eine für eine feine Sonde durchgängige Öffnung, durch die man direkt in den Mastdarm gelangt; hinter dieser 3 mm breiten Hautbrücke erscheint das Septum vollkommen zerstört und man gelangt durch eine rundliche, für den kleinen Finger passierbare Öffnung in das Rektum. Durch die Öffnung prolabiert die hintere Rektumschleimhaut.

Diagnose: Partiell geheilter kompletter Dammriss.

Behandlung: Nach Sistieren der Periode wird zur Operation geschritten. Zunächst wird die von der Gegend der hinteren Kommissur bis zum Anus reichende Hautbrücke mit der Schere durchtrennt, sodann nach beiden Seiten hin die Rektumschleimhaut vom Rande des Einrisses her freipräpariert und mit sechs Lauenstein'sche Suturen vereinigt, das Septum durch drei versenkte Katgutnähte hergestellt, die Vaginalschleimhaut fortlaufend vernäht und die äussere Haut durch Fil de Florence vereinigt.

Verlauf: Ohne den Heilungsprozess störenden Zwischenfall.

Entlassungsbefund: Scheiden- und Dammnähte vollkommen primär nach zehn Tagen verheilt. Kot wird gehalten und geht durch die Analöffnung.

1897.

1. Elise H., Krämersfrau, 41 Jahr. J.-N. 189.

Anamnese:

Erster Partus 1884. Forceps. Dammriss, nicht genäht.

Zweiter Partus 1889. Forceps.
Dritter „ 1891. „
Vierter „ 1892. „

1894 ist Patientin gefallen und hatte einen Abgang mit sechs Wochen.

Beschwerden: Seit 2—3 Jahren Schmerzen im Leib, die immer schlimmer werden. Stuhlgang hart und schmerzhaft. Drang zum Urinieren. Seit zwei Jahren zeitweise gelblicher Ausfluss. Wenig Appetit, manchmal hochgradige Kopfschmerzen.

Status praesens: Vulva leicht geöffnet, Damm auf ca. 3 cm defekt.

Diagnose: Totaler Dammdefekt.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Die Wunde secerniert und ihre Ränder klaffen ziemlich bedeutend, was wohl auf Kosten der drei Tage nach der Operation eingetretenen Periode zu setzen ist.

Entlassungsbefund: Es wurde keine Heilung per primam intentionem erzielt, wohl aber ist die Wunde unter Bepuderung mit Amyloform in guter Granulation begriffen. Winde und Stuhlgang werden gehalten, sekundäre Wundheilung in wenigen Tagen zu erwarten, Patientin auf Wunsch gebessert entlassen.

2. Anna K., Ökonomensfrau, 21 Jahr. J.-N. 202.

Anamnese: Ein Partus am 21. V. 97. Das Kind soll in Narkose vom Arzt gewendet und extrahiert worden sein.

Beschwerden: Stuhl kann nur sehr schwer zurückgehalten werden, Winde gehen spontan ab, starker Ausfluss.

Status praesens: Damm fehlt, aus der Analöffnung ragt beim Auseinandernehmen die vordere Rektumschleimhaut in Falten heraus, der Riss geht 1 cm in den Mastdarm hinein.

Aus der Urethra kein Sekret, aber die Vagina entleert sehr reichlich Eiter und Schleim.

Diagnose: Totaler Dammriss. Endometritis.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Da die Wunde vollkommen reaktionslos ist, werden sämtliche Nähte am siebenten Tage entfernt.

Entlassungsbefund: Am elften Tage ist vollkommene Heilung erlangt, Patientin ist ganz beschwerdefrei.

3. Barbara M., Ökonomensfrau, 30 Jahr. J.-N. 484.

Anamnese: Ein Partus am 2. Mai ds. Js. Forceps wegen engen Beckens angelegt. Dammriss, derselbe wurde sogleich genäht, die Nähte gingen jedoch wieder auf. Ein Abortus im Mai 1896.

Beschwerden: Winde gehen unwillkürlich ab, Stuhl kann, wenn auch mit Anstrengung, gehalten werden. Ausfluss.

Status praesens: Dammriss dritten Grades; der Riss geht 2 cm ins Rektum hinein, so dass sich dessen Schleimhaut in Falten vorbuchtet. Schleimiges Vaginalsekret.

Diagnose: Kompletter Dammriss. Endometritis.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Ohne Störung.

Entlassungsbefund: Die Dammwunde ist gut vernarbt, keine Diastase der Wundränder. Am elften Tage post operationem ist Patientin geheilt entlassen worden.

4. Anna R., Gütlerstochter, 26 Jahr. J.-N. 564.

Anamnese: Ein Partus am 15. VIII. 97, ohne ärztliche Hilfe, Dammriss.

Beschwerden: Seit der Entbindung Unfähigkeit, Flatus und dünnen Stuhl zu halten.

Status praesens: Damm total defekt, Rektalschleimhaut auf $1^1/_2$ cm eingerissen.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Plastik nach Hegar.

Verlauf: Völlig normal.

Entlassungsbefund: Nach elf Tagen Damm und Introitus gut liegend. Sphincter gut schliessend. Volle Kontinenz.

1898.

1. Magdalena N., Lehrerstochter, 37 Jahr. J.-Nr. 710.

Anamnese: Ein Partus, am 26. II. 1898 in der Klinik mit Zange entbunden.

Beschwerden: Festen Stuhl kann Patientin zwar halten, weichen aber und Flatus nicht.

Status praesens: Äussere Schamlippen klaffend, die kleinen nicht bedeckt, in dieselben ein Teil der Scheidewand heruntergleitend, etwa in Grösse eines Taubeneies. Falte quer am Damm verlaufend. Damm fehlt vollständig.

Diagnose: Kompletter Dammriss. Inversion der Vaginalwand.

Behandlung: Plastik nach Hegar.

Verlauf: Während fünf Tage bestand Ischurie, im übrigen ungestört.

Entlassungsbefund: Alle Funktionen in Ordnung. Damm linear vernarbt. 14 Tage nahm die Heilung in Anspruch.

2. Magdalena W., Dienstmädchen, 22 Jahr. J.-N. 840.

Anamnese: Ein Partus am 1. VII. 98, bei dem wegen schwacher Wehen Forceps angelegt wurde und Dammriss erfolgte.

Beschwerden: Incontinentia alvi, Kreuzschmerzen.

Status praesens: Vulva klafft, Uteruskörper gestreckt und etwas nach links verschoben, Damm mit Einschluss des Sphincter eingerissen.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Wunde klafft etwas und zeigt eitriges Exsudat, das aber bald verschwindet und guten Granulationen Platz macht.

Entlassungsbefund: Nach 18 Tagen geheilt entlassen. Wunde sieht gut aus, ist ohne Eiterung.

1899.

1. Magdalena Fl., Villabesitzerin, 40 Jahr. J.-N. 147.

Anamnese: Drei Partus, ersten 1888, zweiten 1891, dritten 1893; beim zweiten erfolgte ein Dammriss.

Beschwerden: Patientin litt schon zeitlebens an Stuhlverstopfung; sie beschäftigt sich mit schweren Arbeiten, besonders mit Heben und Tragen von Lasten. Vor drei Jahren verspürte sie beim Emporheben eines belasteten Schubkarrens einen plötzlich auftretenden, stechenden Schmerz im Unterleib, so dass sie die Arbeit aussetzen musste; doch besserten sich diese Beschwerden wieder. Seit zwei Jahren bemerkte Patientin den unwillkürlichen Abgang des Flatus und Inkontinenz bei Diarrhöen.

Status praesens: Damm bis in den Anus hinein eingerissen, das Einführen des Fingers durch den mangelhaften Schluss des Sphincter sehr erleichtert; an Stelle des Dammes ein quer verlaufender Narbenstrang, der eine Strecke weit ins Rektum übergeht.

Diagnose: Totaler Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Mehrere Tage gingen Winde noch unwillkürlich ab. Gegen die vordere Kommissur zu klafft die Wunde etwas, Anus dagegen ringsum gut vernarbt.

Entlassungsbefund: Nach zwölf Tagen ist die Wunde ohne Sekretion und Belag; Winde werden jetzt willkürlich gehalten.

2. Therese S., Bierbrauersfrau, 26 Jahr. J.-N. 178.

Anamnese: Drei Partus, beim ersten Forceps, eine Fehlgeburt.

Beschwerden: Winde und Stuhl gehen spontan ab.

Status praesens: Damm bis in die Schleimhaut des Rektums eingerissen.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik nach Hegar.

Verlauf: Trotz Eintritt der Menses heilt die Wunde ohne jede entzündliche Reaktion.

Entlassungsbefund: Nach zwölf Tagen Dammwunde fest vernarbt, ebenso die Wunde an der hinteren Wand der Vagina. Introitus erheblich verengt, kaum für zwei Finger durchgängig. Uterus retroflektiert, wird aber, um die frische Narbe nicht zu zerren, nicht aufgerichtet. Patientin beschwerdefrei entlassen.

3. Marie Fl., Müllersfrau, 47 Jahr. J.-N. 181.

Anamnese: Fünf Partus, einer im Jahre 1884, dabei Dammriss.

Beschwerden: Seit der ersten Geburt unwillkürlicher Abgang der Winde und des Kotes bei Diarrhöen.

Status praesens: Introitus klaffend. Damm vollkommen zerrissen bis durch den ganzen Sphincter.

Diagnose: Totaler Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Nach Entfernung der Nähte am vierten Tage klafft die Wunde etwas oberflächlich, die tieferen Partien aber sind fest vereinigt; die Granulationen an den nicht vereinigten Wundrändern sind etwas schlaff.

Entlassungsbefund: Heilung nach elf Tagen eingetreten. Die Dammwunde klafft zwar noch etwas im oberflächlichsten Teile, ist aber um den Anus fest vereinigt, so

dass Patientin als geheilt betrachtet und entlassen werden kann. Introitus eng und nur für zwei Finger passierbar.

4. Marie B., Glasersfrau, 38 Jahr. J.-N. 270.

Anamnese: Beim vierten Partus durch Forceps Dammriss entstanden. Bei dem letzten, dem fünften Partus trat eine Venenverstopfung im linken Oberschenkel ein infolge Druck der Zange.

Beschwerden: Seit Bestehen des Dammrisses ist der Stuhl diarrhöisch und geht oft unwillkürlich ab, manchmal jedoch nicht so häufig ist dies auch beim Urinieren der Fall. Seit drei Monaten Leib- und Kreuzschmerzen.

Status praesens: Vulva geschlossen, kleine Labien nicht hervorragend. Introitus ziemlich eng. Man kommt an der hinteren Kommissur mit dem touchierenden Finger neben der Vaginalöffnung sofort in die Analöffnung, da das Septum rectovaginale im oberflächlichsten Teile eingerissen, ausserdem der Damm kaum eine Länge von $^1/_2$ cm ehedem aufgewiesen haben kann.

Diagnose: Totaler Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Trotz reichlicher Opiumgaben ging vor der Operation noch reichlich flüssiger Kot ab, ebenso hielt der diarrhoische auch nach der Operation an und beeinflusste den Heilungsprozess in ungünstiger Weise. Die Wunde zeigte längere Zeit Schwellung, das Abdomen war etwas gespannt und geringgradig druckempfindlich, aus der Scheide floss blutiges aber nicht übelriechendes Sekret. Haut und Schleimhäute waren mehrere Tage in mässigem Grade ikterisch verfärbt, nachdem tags vorher auf den Genuss von Weintrauben ziemlich heftiges Erbrechen aufgetreten war. Die Diarrhöen wichen nicht auf wiederholte Opiumgaben und bestanden noch bei Entlassung der Patientin.

Entlassungsbefund: Darnach dürfte es nicht wunderlich erscheinen, dass das Heilresultat ein nicht günstiges geworden. Die Dammnaht ist vollständig eingerissen, auch die Nähte zur Vereinigung des Sphincter zum Teil gelockert, zum Teil vereitert, bei ihrer Herausnahme zeigte sich, dass sie überhaupt nur mehr zu einem kleinen Teile im Gewebe sassen. Die Wundflächen werden mit Jodtinktur gepinselt, mit Airol bepudert und Patientin auf ihren Wunsch, 13 Tage nach der Operation, als gebessert entlassen.

5. Elise Sch., Gastwirtsgattin, 26 Jahr. J.-N. 291.

Anamnese: Ein Partus, Kind tot geboren, ohne ärztliche Hilfe.

Beschwerden: Patientin gibt an, dass sie seit der Entbindung den Kot nicht mehr halten kann, dass besonders bei psychischen Erregungen, Zorn etc., die Kotentleerung eine vollständig unwillkürliche sei. Urinlassen ohne Beschwerden.

Status praesens: Vulva geschlossen, an der hinteren Kommissur ein tiefer, bis in den Sphincter reichender Einriss, der von narbigem Gewebe ausgefüllt ist. Beim Auseinanderdrängen der Backen sieht man, dass der Anus klafft, für den Finger ganz bequem durchgängig ist.

Diagnose: Totaler Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Anfänglich waren die Wundränder etwas gerötet, was sich aber bald verlor, die Heilung machte so rasche Fortschritte, dass die Nähte bereits am sechsten Tage entfernt werden konnten.

Entlassungsbefund: Das Endresultat konnte nicht festgestellt werden, da Patientin auf ihr Verlangen gegen den ärztlichen Rat am elften Tage entlassen werden musste. Die Dammwunde war zwar schon gut vernarbt, Winde und Stuhl konnten gut zurückgehalten werden. Die Annahme,

dass völlige Heilung eintreten wird, war nach dem Befunde gerechtfertigt.

1900.

1. Kreszenz M., Ökonomensfrau, 42 Jahr. J.-N. 27.

Anamnese: Fünf Partus, beim ersten (1880) Forceps, Dammriss, der nicht genäht wurde. Drei Fehlgeburten 1881, 1882, 1883.

Beschwerden: Seit dem Dammriss Prolaps der hinteren Vaginalwand, infolgedessen brennende Schmerzen. Winde und diarrhöische Stühle gehen unwillkürlich ab.

Status praesens: Damm bis zum Sphincter eingerissen, dieser selbst in seinen äussersten Fasern verletzt. Per rectum fühlt man, dass das Septum in den vorderen Teilen eine ganz dünne Schichte darstellt.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Wunde durch das Auftreten eines Erysipelas faciei kompliziert.

Entlassungsbefund: 14 Tage nach Operation wegen Ansteckungsgefahr für die Mitkranken Privatbehandlung vorgeschlagen und entlassen. Die Dammwunde lag gut an, war trocken, zeigte kein Ödem, nur im hintersten Wundwinkel eine kleine, mit gelblichem Belag beschlagene Stelle, etwas blutig verfärbten Ausfluss. Bei Herausnahme zweier Fil de Florence-Nähte klaffte eine etwa erbsengrosse Partie. Patientin befand sich subjektiv wohl.

2. Anna B,, Konditorsfrau, 27 Jahr. J.-N. 124.

Anamnese: Zwei Partus; beim ersten, 1896, Zange, Damm- und Mastdarmriss.

Beschwerden: Inkontinenz für Stuhl seit der ersten Geburt, der Kot gehe durch die Scheide ab.

Status praesens: Vulva ist vom Rektum nur durch

eine ca. 1/4 cm breite Spange getrennt. Von vorne gesehen, klafft die Vulva. Beide Vaginalwände aufgelockert und invertiert. Introitus und Vagina weit. Scheidenwände seitlich platt, hinten von einer Narbe durchsetzt.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Operationsdauer zwölf Minuten. Zunächst wurde die kleine Brücke durchschnitten und die hintere Vaginalwand von der vorderen Mastdarmwand abgetrennt und durch seitliche Schnitte von der hinteren Wand bis zum Rand der Nymphen beweglich gemacht. Nunmehr die Narbe des Rektum durch Lauenstein'sche Suturen geschlossen, durch vier Seiden- und drei Katgutfäden das Septum recto-vaginale wieder hergestellt, die hintere Viginalwand von oben her durch fortlaufende Katgut bis zum Introitus vereinigt, mit demselben Faden das Septum recto-vaginale nochmals verdickt und dann, nachdem durch zwei tiefgehende Suturen die Dammgegend in der ganzen Länge entspannt war, die Dammhaut vom Anus bis zur hinteren Kommissur vereinigt.

Verlauf: Neun Tage nach der Operation war die Wunde bis auf eine zwei stecknadelgrosse Öffnung, welche mit Lapis geätzt wurde, verheilt.

Entlassungsbefund: Am 14. Tage ist der Damm vollkommen verheilt bis auf eine ca. stecknadelkopfgrosse Öffnung, herrührend von einem Stichkanal; sie hat sich demnach seit Feststellung des letzten Befundes um die Hälfte verkleinert. Damm 4—5 cm lang und in der Mitte davon ist obengenannte Öffnung. Stuhl erfolgt täglich und können ebenso auch die Winde gehalten werden. Patientin erhält Airol mit zum Bepudern und soll sich im Sommer wieder vorstellen.

Bei der im August erfolgten Wiedervorstellung war der Damm vollkommen geheilt, die Öffnung hatte sich ganz geschlossen. Kein Descensus der Vaginalwände.

3. Therese St., Käsersfrau, 33 Jahr. J.-N. 161.

Anamnese: Fünf Partus; bei der letzten Geburt entstand Dammriss.

Sechs Tage nach der Entbindung wurde Patientin in ihrer Heimat deswegen operiert, es kam aber keine Heilung zustande, weshalb Patientin nun die Klinik aufsucht.

Status praesens: Septum recto-vaginale von der Dicke eines Federkieles.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Da Wunde vollkommen reaktionslos in ihrer ganzen Ausdehnung geheilt, verlässt Patientin bereits am siebenten Tage das Bett.

Entlassungsbefund: Nach weiteren vier Tagen kann sie mit völliger Kontinenz für Stuhl und Winde, bei bestem Allgemeinbefinden entlassen werden.

4. Pauline E., ledige Hausmagd, 32 Jahr. J.-N. 253.

Anamnese: Ein Partus von zehn Jahren, Forceps, Dammriss, der zweimal vergeblich genäht wurde. Patientin kann zwar Stuhl, nicht aber Winde zurückhalten.

Status praesens: Septum recto-vaginale fehlt völlig und die vordere Rektalwand ist gespalten.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Ganz ohne Störung.

Entlassungsbefund: Am 13. Tage ist der Damm vollständig primär verheilt, der Sphincter ani geschlossen, grübchenförmig. Das Septum sehr dick. Völlige Kontinenz.

5. Marie F., Köchin, 27 Jahr. J.-N. 256.

Anamnese: Zwei Partus, beim ersten Kind (1896) Forceps. Zweites Kind (34. I. 1900) in der Klinik ohne ärzt-

liche Hilfe geboren. Hier zeigte sich schon alter Dammriss. Seit anfangs Februar bemerkt Patientin Vorfall der Gebärmutter.

Beschwerden: In letzter Zeit unwillkürlicher Stuhl, Leibschmerzen.

Status praesens: Vulva klafft. Beim Auseinanderdrängen der Nates zeigt sich vollständiger Dammdefekt; auch die vordere Circumferenz des Sphincter ist nicht erhalten. An Stelle des Dammes rechts und links erbsengrosse Gebilde. Beim Pressen stürzt sich die vordere Vaginalwand als ein hühnereigrosser Tumor vor, beim Einführen von zwei Fingern in die Vagina gelangt der Mittelfinger unwillkürlich in das breite mit der Vagina kommunizierende Rektum. Die Parametrien beiderseits druckempfindlich.

Diagnose: Kompletter Dammriss. Doppelseitige Parametritis.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Dammwunde in den vorderen Partien etwas klaffend, durch Bepinselung mit Jodtinktur granulierte der Defekt bald und stark.

Entlassungsbefund: Heilung war nach 20 Tagen eingetreten. Anusring fest und gut vernarbt. Beim Pressen tritt nichts nach unten, völlige Kontinenz für Stuhl und Wind.

Nach etwa einem halben Jahre kam Patientin wieder in die Klinik, sie war im dritten Monat gravid. Es ergab sich folgender Befund: Vulva klaffend, Damm nicht erhalten, der After nach oben nicht geschlossen, vorne und oben ragt in Ausdehnung einer Haselnuss die Rektumschleimhaut hervor. Beim Pressen tritt die vordere Vaginalwand herunter.

Es wird nochmals zur Dammplastik geschritten. Narbe über dem Rektum senkrecht gespalten, Rektumschleimhaut von der Vagina abgelöst; hierauf das Rektum mit acht feinen

Seidennähten nach Lauenstein wieder vereinigt, drei versenkte Katgutnähte ins Septum recto-vaginale gelegt, Vagina mit fortlaufender, Damm mit Einzelkatgut geschlossen. Der Damm wegen der bestehenden Gravidität nicht besonders hoch gemacht. Die Wunde heilte in 14 Tagen unter geringer Eiterung und bei Entlassung nach weiteren sechs Tagen ergab sich folgender definitive Befund:

Damm wieder hergestellt, lineare Narbe. Stuhl wird gut zurückgehalten.

Patientin erhielt die Weisung, in sechs Wochen wieder zu kommen.

6. Marie S., verh. Näherin, 28 Jahr. J.-N. 287.

Anamnese: Ein Partus vor acht Tagen, Forceps. Dammriss, wurde genäht. Seit Entfernung der Nähte unwillkürlicher Stuhl.

Status praesens: Fundus uteri überragt gerade noch die Symphyse. Dammpartie mit Kot bedeckt. In Seitenlage sieht man, dass die vordere Rektalwand in grosser Ausdehnung eingerissen. Der Kot kommt in flüssiger Form aus der Scheide; die äusseren Genitalien sind geschlossen, im grossen und ganzen wenigstens. Wundränder geschwollen, mit Geschwüren bedeckt.

Diagnose: Totaler Dammdefekt.

Behandlung: Dammplastik. Dieselbe wird aber erst nach fünfwöchentlichem Aufenthalt der Patientin in der Anstalt vorgenommen aus folgenden Gründen: Bei der Kürze des Bestehens des Dammrisses ist das Gewebe noch viel zu morsch, dasselbe zeigt sich ja sehr stark imbibiert und infiltriert.

Der geeignete Moment zur Operation wurde erst nach folgendem Befunde für gegeben erachtet:

Wunde gut granuliert, der Damm hat sich sogar teil-

weise wieder gebildet, die übrigen Teile des Dammrisses sind mit frischer Schleimhaut bedeckt.

Verlauf: Schon nach neun Tagen war die Wunde gut geheilt.

Entlassungsbefund: Resultat vollkommen befriedigend, Patientin am elften Tage entlassungsfähig, der Damm in ganzer Länge wieder hergestellt, Anus geschlossen, Septum von gehöriger Dicke, Stuhl und Winde können gehalten werden.

1901.

1. Anna H., Söldnersfrau, 32 Jahr. J.-N. 150.

Anamnese: Vier Partus; beim zweiten Kind vor vier Jahren Forceps, ebenso beim letzten vor sechs Monaten. Zwei Fehlgeburten vor sieben und vier Jahren.

Beschwerden: Incontinentia alvi.

Status praesens: Damm fehlt, Mastdarmwand sehr tief eingerissen, ebenso hintere Vaginalwand. Vulva klafft.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Völlig normal.

Entlassungsbefund: Die Wunde am Damm gut verheilt, nirgends Schwellung vorhanden. Vulva geschlossen. Septum dick, derb, man fühlt darin versenkte Nähte. Alle Funktionen in Ordnung, Patientin geheilt.

2. Walburga B., Krämersfrau, 37 Jahr. J.-N. 57.

Anamnese: Ein Partus vor vier Wochen, Forceps. Es erfolgte ein Dammriss, der nicht heilte und trotz Vernähung wieder aufriss.

Beschwerden: Unwillkürlicher Stuhlabgang direkt nach der Geburt, jetzt ist schon wieder Möglichkeit vorhanden, wenigstens festen Kot zu halten.

Status praesens: Damm nicht erhalten, Vulva klafft, ebenso Rektum und zwar in Ausdehnung von gut 3 cm.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Am zehnten Tage zeigt sich links und aussen vom Anus ein inkompletter, 0,5 cm langer Fistelgang, der ziemlich stark eitert, während die Dammwunde im übrigen beinahe bis zur Oberfläche geschlossen ist. In Cocainanästhesie wird die 0,5 cm dicke Wand in der Länge von 5 cm gespalten und die Wunde thermokautherisiert. Nach weiteren zwölf Tagen ist die Fistelwunde gut granuliert geheilt.

Entlassungsbefund: Nach vierwöchentlichem Aufenthalt Heilung erfolgt. Septum recto-vaginale dick, es besteht Kontinenz.

3. Therese M., Schneidersfrau, 30 Jahr. J.-N. 78.

Anamnese: Vor vier Monaten ein Partus. Forceps.

Beschwerden: Sechs Wochen nach der Entbindung bekam Patientin heftige Schmerzen am Damm. Winde konnte sie gar nicht, Stuhl zeitweilig halten. Die Winde gingen oft durch die Scheide ab.

Status praesens: Introitus klafft und After ist $^1/_2$ cm eingerissen.

Diagnose: Totaler Dammriss.

Behandlung: Dammplastik, wegen Menses erst zehn Tage nach Eintritt in die Anstalt vorgenommen.

Verlauf: Ohne Störung.

Entlassungsbefund: Nach aussen Wunde geschlossen, auch nach innen prima intentio. Patientin beschwerdefrei nach elf Tagen.

4. Marie H., Taglöhnerin, Alter nicht angegeben. J.-N. 102.

Anamnese: Drei Partus, bis auf den letzten normal, bei letzter Geburt vor 3½ Wochen grosser Dammriss.

Beschwerden: Inkontinenz für Winde und dünnen Stuhl.

Status praesens: Damm völlig defekt, Rektum 2 cm eingerissen, vordere Rektalwand etwas wulstig vorgebuchtet

Diagnose: Totaler Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Der Eintritt der Menses am dritten Tage post operationem vermochte keine Störung im Heilungsprozess hervorzurufen.

Entlassungsbefund: Bereits nach 14 Tagen war Damm gut vernarbt und Kontinenz für Winde und Stuhl hergestellt.

5. Josefine Sch., Sattlersfrau, 41 Jahr. J.-N. 160.

Anamnese: Siebzehn Partus, alle regelmässig, keine Zange. Zwei Fehlgeburten.

Beschwerden: Patientin klagt über einen Vorfall, der bei der letzten Entbindung entstanden sei, weitere Klagen bestehen nicht.

Status praesens: Damm fehlt, Anus eingerissen, Vaginalwände invertiert.

Diagnose: Kompletter Dammriss. Inversion beider Vaginalwände.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Ohne die geringste Störung.

Entlassungsbefund: Den normalen Heilverlauf beweist am besten die Entlassungsfähigkeit bereits nach zehn Tagen. Wunde am Damm glatt verheilt. Septum dick, Narben in vorderer und hinterer Vaginalwand von linearer

Beschaffenheit. Corpus uteri nach vorne gelegen; beim Pressen kein Herabtreten der Scheidewände.

6. Anna E., led. Dienstmagd, 21 Jahr. J.-N. 228.

Anamnese: Ein Partus vor 14 Tagen, Forceps.

Beschwerden: Nach der Geburt brennende Schmerzen beim Stuhlgang.

Status praesens: Der Damm zeigt einen granulierenden Defekt, welcher sich nach hinten durch die vordere Wand des Sphincter erstreckt und nach vorne 2—3 cm in die Vagina hineingeht.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Wegen der Frische der Dammwunde wurde die Operation erst nach achttägigem Anstaltsaufenthalt ausgeführt und nahm dann normalen Verlauf.

Entlassungsbefund: Die Heilung beanspruchte elf Tage und ist per primam intentionem erfolgt. Der neue Damm 3 cm hoch.

1902.

1. Katharina W., Taglöhnersfrau, 24 Jahr. J.-N. 110.

Anamnese: Drei Partus.

1. Oktober 1899. Perforation.
2. September 1900 } Forceps.
3. Oktober 1901 }

Bei der ersten Geburt entstand ein Dammriss, der genäht wurde; nach dem Aufstehen am neunten Tage rissen jedoch die Nähte wieder aus.

Beschwerden: Unwillkürlicher Abgang von Stuhl und Winden.

Status praesens: Der ganze Damm, sowie der vordere Teil des Anus und ca. 2 cm des Rektum komplett eingerissen.

Diagnose: Totaler Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Wunde heilt unter geringer Sekretion.

Entlassungsbefund: Am elften Tage wird Patientin fast völlig geheilt auf Wunsch in ambulatorische Behandlung entlassen. Einige oberflächliche Suturen der Plastik haben nicht gehalten, die betreffenden Stellen befinden sich in starker Granulation. Stuhl und Winde werden gehalten.

2. Anna N., Köchin, 32 Jahr. J.-N. 120.

Anamnese: Ein Partus vor einem Monat. Geburt dauerte vier Tage, schliesslich Forceps (in der Klinik). Dammriss, der sofort vernäht wurde. Kein Fieber im Wochenbett, obwohl Dammwunde stark eiterte. Infolge der starken Eiterung, die auch zur Zeit noch besteht, hielten die Nähte nicht stand.

Beschwerden: Patientin kann Stuhl nicht zurückhalten und hat Schmerzen beim Gehen und Urinieren.

Status praesens: Damm 3 cm ins Rektum eingerissen.

Diagnose: Totaler Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Normal.

Entlassungsbefund: Die Dammplastik ist im wesentlichen nach Verlauf von zehn Tagen vereinigt bis auf einige Stellen in der Nähe des neugebildeten Afters. Diese befinden sich noch in Granulation. Da ohne jegliche Beschwerden, wird Patientin als geheilt entlassen.

3. Katharina B., Taglöhnersfrau, 20 Jahr. J.-N. 250.

Anamnese: Zwei Geburten, erste spontan vor zwei Jahren, zweite spontan vor einem Monat, Dammriss, der gleich vernäht wurde.

Beschwerden: Inkontinenz für dünnen Stuhl.

Status praesens: Damm fehlt, Anus eingerissen.
Diagnose: Kompletter Dammriss.
Behandlung: Dammplastik.
Verlauf: Ohne Störung.
Entlassungsbefund: Heilung nach elf Tagen.

4. Anna H., Dienstmagd, 31 Jahr. Journal fehlt.
Im Hauptbuch finden sich folgende Bemerkungen:
Totaler Dammriss.
Dammplastik.
Aufenthalt vom 10.—23. X.
Geheilt entlassen.

5. Marie W., led. Köchin, 24 Jahr. J.-N. 271.
Anamnese: Ein Partus vor sechs Wochen. Forceps. Dammriss.
Beschwerden: Inkontinenz.
Status praesens: Damm dritten Grades eingerissen.
Diagnose: Kompletter Dammriss.
Behandlung: Dammplastik.
Verlauf: Ungestört.
Entlassungsbefund: Heilung nach elf Tagen.

6. Margareta K., Fabrikarbeitersfrau, 43 Jahr. J.-N. 311.
Anamnese: Neun Partus. Bei erster Geburt Forceps; die übrigen Geburten regelmässig. Zwei Abortus.
Status praesens: Hintere Vaginalwand 2 cm und Septum recto-vaginale vollständig durchrissen mit Einschluss des Sphincter, so dass Stuhl in die Vulva sich entleert.
Diagnose: Kompletter Dammriss.
Behandlung: Dammplastik.
Verlauf: Die Plastik hat nicht vollständig gehalten, in der Gegend des Frenulum sind einige Nähte durchgerissen.

Entlassungsbefund: Das Septum recto-vaginale erweist sich als dick genug und hat gut gehalten. Patientin ist ohne Klagen. Heilung trat nach elf Tagen ein.

1903.

1. Mathilde H., Maurersfrau, 32 Jahr. J.-N. 42.

Anamnese: Ein Forceps vor fünf Wochen, Dammriss.

Beschwerden: Ohne Schmerzen, beim Husten vermag Patientin das Wasser nicht zu halten.

Status praesens: Der Damm und der Sphincter an externus sind durchgerissen und narbig unregelmässig geheilt.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Ischurie während einiger Tage, sonst normal.

Entlassungsbefund: Damm mehrere Zentimeter lang bis an das Ende der Labien verlängert, stellt eine lineare Narbe dar. Heilung nach 15 Tagen.

2. Fanny W., Kellnerin, 23 Jahr. J.-N. 45.

Anamnese: Ein Partus vor etwa zehn Wochen. Forceps. Fieber. Dammriss.

Beschwerden: Unwillkürlicher Stuhlabgang. Schmerzen im Unterleib.

Status praesens: Damm fehlt, an seiner Stelle eine Narbe, welche von der hinteren Vaginalwand sich durch den Sphincter ani externus erstreckt und so das Klaffen der Schamspalte bedingt.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Ohne Störung.

Entlassungsbefund: Wunde per primam geheilt, so dass nach acht Tagen Patientin entlassen werden kann.

3. Kreszenz Sch., Taglöhnersfrau, 37 Jahr. J.-N. 171.

Anamnese: Sieben spontane Entbindungen, erste im

Jahre 1889, letzte 1900. Beim ersten Partus Dammriss, wurde genäht, trat aber keine Heilung ein.

Beschwerden: Patientin kann seit 14 Jahren den Stuhl nicht halten.

Status praesens: Damm fehlt und Anus eingerissen.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Stuhlentleerung in gehöriger Weise konnte erst durch wiederholten Seifeneinlauf hewirkt werden. Anfänglich etwas Brennen an der Wunde, diese aber ohne entzündliche Reaktion.

Entlassungsbefund: Anus ist wieder in seiner früheren Form gebildet, Damm gut und lang. Wundheilung dauerte elf Tage.

4. Ursula H., Näherin, 31 Jahr. J.-N. 191.

Anamnese: Ein Partus vor einem Monat. Forceps. Dammriss.

Beschwerden: Diarrhöischer Stuhl entleert sich unwillkürlich.

Status praesens: Damm und Anus eingerissen.

Diagnose: Totaler Dammdefekt.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Wunde heilt ohne entzündliche Reaktion, am sechsten Tage Entfernung der Entspannungsnähte.

Entlassungsbefund: Der neu hergestellte Damm ist 3 cm lang, alle Funktionen gut, Kot und Blähungen gehen nicht ab. Wundheilung erforderte 15 Tage.

Wiedervorstellung nach drei Monaten: Der Damm ist wenigstens 4 cm lang, dick. Winde und dünner Stuhl werden gehalten. Es bestehen keinerlei Beschwerden bei der Defäkation. Periode seit neun Wochen nicht mehr vorhanden, wahrscheinliche Zeichen der Gravidität nur zum Teil vorhanden.

5. Anna A., Händlersfrau, 39 Jahr. J.-N. 215.

Anamnese: Sieben Partus, alle ohne ärztliche Hilfe. Bei der ersten Entbindung Dammriss.

Beschwerden: Incontinentia alvi.

Status praesens: Es besteht ein vollständiger Defekt des Dammes und vom Anus ist nur die hintere Circumferenz erhalten; die vordere Rektalwand ist mehrere Zentimeter weit eingerissen. Eine derbe weissliche Narbe in der Vaginalwand. Das hintere Drittel des linken grossen Labium ist durch eine walnussgrosse cystische Geschwulst stark gegen den Introitus nach Innen zu vorgewölbt, dem Sitz nach entspricht dieser Tumor der linken Bartholinischen Drüse.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik. Vorher Herausnahme der Abscesscyste.

Verlauf: Am dritten Tage wurden drei Katgutnähte, welche im hintersten Teile der Wand ungefähr 1 cm eingeschnitten hatten, entfernt. Im übrigen granuliert die Wunde gut; das Hämatom, das sich an Stelle der excidierten Bartholinischen Drüse gebildet, wird langsam resorbiert, aus dem Kanal entleert sich etwas Eiter. Wieder nach einigen Tagen ist die Nahtschnittwunde gut granuliert, der Eiterkanal vollständig gereinigt.

Entlassungsbefund: 14 Tage nach der Operation ist die Wunde, die durch Ausschälung der Cyste entstand, vollständig geheilt, der Damm ist völlig per primam vereinigt, hat eine Länge von $3^1/_2$ cm. Septum recto-vaginale sehr dick, nur 1 cm etwa von der Analöffnung entfernt hatte ein Stichkanal geeitert, ist jedoch jetzt durch Granulationen fast ganz ausgefüllt. Die Kontinenz für Flatus und Stuhl ist eine vollständige, das Heilresultat also durchaus befriedigend.

Dieser Befund war am 18. IX. festgestellt worden und

am 27. XI. kam Patientin schon wieder in die Klinik und klagte über unwillkürlichen Abgang von Kot.

Die Untersuchung ergab: Damm in ganzer Ausdehnung per primam fest geheilt, lineare Narbe vom vorderen Analrand bis zur wenigstens 4 cm weit davon entfernten hinteren Kommissur. Dickes Septum recto-vaginale. 1 1/2 cm vom Anus und ca. 1/2 cm von der Raphe entfernt nach rechts sind zwei kleine punktförmige von geringen Granulationen umgebene Öffnungen, aus denen auf Druck etwas gelblicher Eiter geht. Die eingeführte dünne Knopfsonde lässt sich bei ins Rektum eingelegten Zeigefinger mühelos bis in letzteres führen und ist an seiner vorderen Wand ca. 2 1/2 cm oberhalb des Anus zu fühlen. Der Fistelkanal verläuft schräg, ist 2—3 cm lang.

Da sich also eine Procto-Perinealfistel gebildet hatte, wurde am 30. XI. nochmalige komplette Spaltung des Dammes und neuerliche Dammplastik vorgenommen.

Excision von Fistelkanälen zwischen Damm und Rektum, nachdem der erstere von der Oberfläche bis in den Mastdarm vollständig durchschnitten worden war. Loslösung des Mastdarm, Schliessung desselben an seiner Vorderseite durch sieben Lauenstein'sche Suturen. Vier versenkte Katgutnähte vereinigten das Septum recto-vaginale, fortlaufende Katgut schloss von oben her die hintere Vaginalwand und den Damm.

Patientin verfiel, wie auch schon nach der ersten Operation, in tetanieartige Krämpfe, die zuerst an der oberen Extremität die Geburtshelferstellung bewirkten, dann auch auf die untere Extremität sich erstreckten. Der Heilungsprozess gestaltete sich wie folgt: Einen Tag nach der Operation zeigten sich die Wundränder etwas geschwellt, aus den Stichkanälen geht etwas dickflüssiger Eiter ab; nach weiteren neun Tagen bestand immer noch eine kleine Öffnung, aus der neben dem Austritt von Eiter auch solcher von Fäces beobachtet wurde. Nach

weiteren zehn Tagen ergab sich folgender Entlassungsbefund: Patientin kann Winde und Stuhl regulär halten. Täglich schmerzlose Defäkation erfolgt. Irgend eine Öffnung am Damm, aus der sich Stuhl entleert, ist nicht mehr zu finden. Die Narbe ist ganz linear verlaufend, nur am hinteren Ende etwas nach rechts verzogen. Es wird zunächst von einer weiteren Untersuchung abgesehen und Patientin entlassen mit der Weisung in vier Wochen sich wieder einzufinden.

Wiedervorstellung erfolgte am 22. II. 1904, dabei zeigte sich:

Damm vollständig geheilt. Dickes Septum recto-vaginale. Winde und Stuhl werden gut gehalten. Keine Defäkationsbeschwerden. Uterus auf dem vorderen Vaginalgewölbe.

6. Marie L., Dienstmädchen, 22 Jahr. J.-N. 291.

Anamnese: Vor vier Wochen wurde Patientin durch die Zange entbunden und trug dabei einen Dammriss davon

Beschwerden: Stuhl geht unwillkürlich ab, die versuchte Dammvereinigung war ohne Erfolg.

Status praesens: Damm bis durch den Anus durchgerissen, der Riss geht mehr nach rechts 2—3 cm ins Rektum hinein. Einige Stellen sind noch wund und eitrig. In der Nachbarschaft sind infolge von Infiltration und Imbibition Hervorragungen. Vagina zeigt in ihrer rektalen Wand einen zum grössten Teil fest vernarbten, beinahe 5—6 cm langen Riss, der sich bis gegen die rechte Kommissur erstreckt. Die Narbe ist mit dem aufsteigenden Sitzbein oft zum Teil fest adhärent; auch links befindet sich eine weniger lange und starke Narbe. Beide offenbar vom Forceps herrührend.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Einige Nähte haben am vierten Tage durchgeschnitten, sonst verläuft die ganze Heilung reaktionslos.

Die durch das Einschneiden des Katgut zustande gekommenen Wundstellen granulieren gut.

Entlassungsbefund: Heilung nach 17 Tagen vollendet. Der Damm ist wieder 3—4 cm hoch, starkes Septum. Stuhl und Winde können willkürlich gehalten werden. Nur eine Naht ganz am Anus granuliert noch.

7. Frieda G., Schreinerswitwe, 34 Jahr. J.-N. 287.

Anamnese: Vor fünf Wochen in der Klinik entbunden. Forceps. Dammriss wurde genäht, aber verheilte nicht.

Beschwerden: Unwillkürlicher Abgang von weichem Stuhl und Winden.

Status praesens: Damm fehlt ganz; Rektum an seiner vorderen Wand 3—4 cm eingerissen.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Ohne Störung.

Entlassungsbefund: Primär verheilt innerhalb 14 Tagen. Anus klafft nicht mehr, Septum dick, Damm 4 cm lang. Winde und Stuhl werden gehalten. Wieder vorgestellt nach drei Monaten: Kontinenz für Stuhl vollkommen. Keine Schmerzen bei Defäkation.

1904.

1. Anna W., Ökonomensfrau, 33 Jahr. J.-N. 3.

Anamnese: Erster Partus 1901. Kind starb acht Tage vor der Geburt ab. Zweiter Partus vor zehn Wochen. Wendung, Zange und Perforation. Dammriss wurde genäht, Nähte rissen aber aus.

Beschwerden: Harter Stuhl nur kann gehalten werden.

Status praesens: Damm bis auf eine ganz schmale Brücke direkt vor der vorderen Circumferenz des Anus verloren gegangen, jedoch communiciert das Mastdarmrohr

hinter dieser Brücke durch ein leicht für einen Finger durchgängiges Loch mit der Vagina. Diese Brücke ist die einzige geheilte Stelle des ehedem genähten Dammes.

Diagnose: Kompletten Dammriss, durch obengenannte Brücke in eine Rekto-Vaginalfistel verwandelt.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Wunde heilt reaktionslos.

Entlassungsbefund: Heilung nach 14 Tagen. Anus vollständig geschlossen, regulär gestaltet. Damm lang und fest, völlig primär vereinigt. Stuhlgang willkürlich und ohne jegliche Beschwerden.

Wieder vorgestellt nach vier Monaten: Dammplastik völlig gut geheilt. Stuhl geregelt.

2. Marie E., Malergehilfensfrau, 32 Jahr. J.-N. 31.

Anamnese: Zwei Partus. Erster Partus vor fünf Jahren. Forceps. Angeblich schon vor der Geburt Dammriss. Zweiter Partus voriges Jahr. Dammriss weil Expressio foetus gemacht.

Beschwerden: Patientin klagt über Vorfall. Diarrhöischer Stuhl und Flatus können nicht zurückgehalten werden.

Status praesens: Dammriss in den Anus hinein. Seitlich sieht man die Spuren von früher eingeschnittenen Nähten.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: In der Nähe des After die Epidermis auf ca. 1 cm auseinandergewichen, in der Tiefe Granulationen.

Entlassungsbefund: Völlige Heilung nach 13 Tagen.

3. Therese Sp., Photographensfrau, 33 Jahr. J.-N. 33.

Anamnese: Sieben Partus; sechs davon spontan; beim siebenten vor sieben Wochen Zange, Dammriss.

Status praesens: Vulva auch bei gespreizten Beinen

geschlossen. Damm eingerissen bis durch den Anus hindurch und auch ca. 2—3 cm durch die vordere Mastdarmwand hinauf.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Ohne Störung.

Entlassungsbefund: Heilung per primam nach 15 Tagen.

4. Babette H., Taglöhnersfrau, Alter nicht angegeben. J.-N. 49.

Anamnese: Zwei Partus. Erster Partus (im Alter von 27 Jahren). Forceps. Gesichtslage. Dammriss zweimal genäht. Zweiter Partus (28 Jahre alt) spontan.

Beschwerden: Stuhl und Winde gehen unwillkürlich ab.

Status praesens: Damm fehlt ganz, Anus ebenfalls eingerissen.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Normal.

Entlassungsbefund: Patientin wird nach 15 Tagen, da weder Kot noch Winde unwillkürlich abgehen, die Wunde vollkommen linear verheilt ist, beschwerdefrei entlassen.

5. Mina K., Holzhändlersfrau, 33 Jahr. J.-N. 143.

Anamnese: Zwei Partus; beim zweiten (1896) Dammriss genäht, aber ohne Erfolg. Ein Abort. Patientin ist ohne Beschwerden.

Status praesens: Damm und Anus eingerissen.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Wund ohne Belag, in primärer Heilung.

Entlassungsbefund: Dammnarbe glatt, gut verheilt, nur hintere zwei Nähte etwas eingerissen und nässend. Stuhl

auch weicher, Urin und Winde werden gehalten. Heilungsdauer 13 Tage, Befinden sehr gut, Ernährungszustand zufriedenstellend.

6. Creszenz W., Kostgebersfrau, 36 Jahr. J.-N. 202.

Anamnese: Ein Partus vor sieben Wochen. Forceps. Dammriss, der genäht wurde; ein Teil musste jedoch wegen Stuhlverhaltung wieder aufgemacht werden.

Beschwerden: Patientin kann weichen Stuhl nicht immer zurückhalten.

Status praesens: Damm nicht vorhanden, Analring unterbrochen.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Ohne störende Komplikation.

Entlassungsbefund: Zur Heilung war ein Aufenthalt von 18 Tagen nötig. Plastik ist primär vereinigt. Septum dick. Stuhl und Winde werden gehalten.

7. Babette Kl., Zugführersfrau, 34 Jahr. J.-N. 236.

Anamnese: Ein Partus vor 6 Wochen, Kind in Steisslage. Dammriss.

Beschwerden: Unfähigkeit Blähungen zurückzuhalten.

Status praesens: Damm und Sphincter durchtrennt.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik (Hegar).

Verlauf: Ein Tag nach Operation trat Stuhl ein, der ohne Beschwerden bis zur Defäkation gehalten wurde.

Entlassungsbefund: Schon nach zehn Tagen Wunde per primam verheilt, Patientin gegen eindringlichen Rat Klinik verlassen.

Bei ihrer Wiedervorstellung nach fünf Wochen wurde konstatiert:

Dammplastik ganz primär verheilt. Völlige Kontinenz für Stuhl und Winde.

1905.

1. Anna M., Köchin, 24 Jahr. J.-N. 25.

Anamnese: Partus vor drei Wochen. Wendung. Dammriss.

Beschwerden: Nur Klagen über harten Stuhl seit der Geburt.

Status praesens: Hintere Scheidewand direkt in den Anus übergehend. Schamlippen und Vaginalwände noch ödematös.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Wunde heilt unter ganz geringer Sekretion in 14 Tagen.

Entlassungsbefund: Primäre Vereinigung der Dammplastik von der hinteren Kommissur bis zum Anus. Stuhl geregelt. Kontinenz perfekt.

2. Marie B., Kutschersfrau, 33 Jahr, J.-N. 182.

Anamnese: Sechs Partus; beim ersten Perforation. Dammriss.

Beschwerden: Abgang von Fäces, ohne dass Patientin es verhindern kann. Bei starker Anstrengung besteht das Gefühl, als ob sich die Geschlechtsteile senkten.

Diagnose: Kompletter Dammriss. Anus $1^1/_2$ cm eingerissen.

Behandlung: Dammplastik.

Verlauf: Anfangs Klagen über Leibschmerzen, wohl hervorgerufen durch ziemlich heftige Diarrhoe. Wegen fünftägiger Stuhlverhaltung war Ol. Ricini per os und anum verabreicht worden. Stuhl bald geregelt, Wunde trocken, in schöner Heilung. Nach einigen Tagen zeigte sich ein ca. 1 cm

langer Riss in der Nähe des Anus, aus ihm lässt sich eine mässige Menge einer milchigen, getrübten Flüssigkeit ausdrücken. Keine Schmerzen aber an der Wunde, die im Übrigen in guter Heilung.

Entlassungsbefund: Nach 19 Tagen Heilung erfolgt bis auf eine ganz unbedeutende Stelle, die sich wohl bis in kurzer Zeit schliessen wird. Der Damm ist ca. 5 cm hoch, Beschwerden ganz behoben.

Zum Schlusse möchte ich über diese 53 Krankengeschichten noch einen kurzen Überblick geben und zwar hinsichtlich der Entstehungsursache der Dammrisse, der Häufigkeit ihres Vorkommens bei Multi- und Primiparen und des Prozentsatzes ihrer primären Heilung.

In 33 Fällen, d. h. 63,5 %, ist die Entstehung des Dammrisses auf eine Zangenextraktion zurückzuführen, zweimal erfolgte er bei Extraktion am nachfolgenden Kopf, während es sich in 14 Fällen um spontane Geburt in Schädellage, in drei Fällen in Steisslage handelte. Bei einem Fall war die Ätiologie wegen fehlendem Journal nicht festzustellen. Was das Verhältnis von Erst- und Mehrgebärenden betrifft, so wurden vom Dammriss 41 Primiparae, d. h. 78,8 %, und elf Multiparae betroffen. Eine statistische Aufstellung unter Berücksichtigung der zwischen Eintritt des Dammrisses und Operation verstrichenen Zeit war wegen häufig fehlenden anamnestischer Angaben nicht möglich.

Bezüglich des Resultates ist eine glatte primäre Heilung von 75 % und eine primär erzielte Kontinenz in 49 Fällen, d. h. 92,5 %, zu verzeichnen. Aber auch bei den zwölf sekundär verheilten Fällen war das Resultat durchaus befriedigend sowohl in Bezug auf die Wiederherstellung eines kräftigen Dammes als auch eines schlussfähigen Sphincters.

Gründe für die sekundäre Heilung waren bei all diesen Fällen gegeben.

Die ungünstige Komplikation, die Entstehung einer Rektovaginalfistel, ist nur in zwei Fällen zu verzeichnen.

Bei Fall 5 (1903) liess wohl der gleichzeitig operierte Abszess der Bartholinischen Drüse eine primäre Heilung nicht zustande kommen. Die schädlichen Keime dieser Cyste sind wohl in das Operationsgebiet gedrungen, so dass die Dammoperation wohl am auf antiseptisch gemachten Felde vorgenommen werden konnte. Im übrigen ist es aber auch in diesem Falle der Nachoperation gelungen, wünschenswerte Verhältnisse zu schaffen.

Bei Fall 4 (1901) wurde der um 0,5 cm lange Fistelgang durch Thermokauterisation in kurzer Zeit zum Verschluss gebracht. In mehreren Fällen trägt die Schuld der zugleich bestehende heftige Cervikalkatarrh. Es schnitten eine oder mehrere Nähte ein, die Wundränder wichen etwas auseinander und die Defekte heilten durch Granulationen.

In einem Falle trat Eiterung eines Stichkanales ein, Ätzung brachte ihn bald zum Verschluss. Bei einer Patientin konnte der Ausgang nicht kontrolliert werden, da dieselbe gegen eindringlichen ärztlichen Rat wohl wegen ihres guten subjektiven Befindens die Klinik verliess. Wie sich aber bei Wiedervorstellung nach drei Monaten ergab, war die Wunde doch anscheinend per primam geheilt.

Wieder bei einer Kranken konnte der Eintritt der Heilung nicht abgewartet werden, da das Auftreten eines Erysipelas faciei das Weiterverbleiben der Kranken in der Anstalt nicht gestattete.

Einen unbefriedigenden Ausgang nahm nur Fall 4 (1899), wo infolge der konstant bestehenden starken diarrhöischen Stühle und verschleimig-eitrigen Ausflusses — heftige Endometritis komplizierte den Krankheitsfall — eine Vereinigung der Wundränder nicht zustande kam.

Da bei nur ganz wenigen Fällen eine Wiedervorstellung

erfolgte, diese aber zur Beurteilung des Dauererfolges der Dammplastik wünschenswert gewesen wäre, versuchte Verfasser bei mehreren ortsanwesenden Patientinnen Erkundigungen über ihren Zustand, wie er derzeit ist, einzuholen.

Es gelang mir aber dies nur in wenigen Fällen, da mehrere Kranke einfach nicht aufzufinden waren.

Marie H. Fall 6 (1901) gibt an, dass ihr Zustand ein durchaus befriedigender wäre; sie habe regelmässigen, schmerzlosen Stuhlgang, allerdings könne sie nur leichtere Arbeit verrichten. Schwangerschaft ist seit der Operation nicht mehr erfolgt, die Narbe gut, kein Vorfall.

Therese Sp. Fall 3 (1904), macht im grossen und ganzen dieselben Angaben wie obige Patientin. Sie habe nur zeitweise Schmerzen im Kreuze und in der Seite, wofür sie aber ein angeblich bestehendes Nierenleiden verantwortlich macht.

Mina Kr. Fall 5 (1904) ist ebenfalls ohne jede Beschwerde.

Babette Kl. Fall 7 (1904 ist vor 14 Tagen entbunden worden, die Dammnarbe hat sich als fest erwiesen; es erfolgte allerdings rechts von ihr ein Einriss, der aber kaum 1 cm lang ist und die Anlegung nur einer Naht erforderte; zudem waren die Geburtsverhältnisse wieder denkbar ungünstig.

Sehr grosses Kind, Steisslage, wurde gewendet und extrahiert. Ich glaube, dass man mit dem Resultate dieses Falles wohl zufrieden sein kann, wie denn überhaupt die Erfolge bei fast sämtlichen unseren, durch Dammplastik operierten Perinealrupturen Zeugen dafür sind, dass Dieffenbachs Worte: „Die Operation veralteter Dammrisse gehört zu den schwierigsten und öfter misslingenden Eingriffen“, in unserer Zeit eine Änderung erfahren müssten.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat von Winckel für die Anregung zur vorstehenden Arbeit, sowie für die gütige Überlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Hofmeier, Grundriss der gynäkologischen Operationen.
Veit, Handbuch der Gynäkologie.
Zentralblatt für Gynäkologie, 1887, 1888.
Winckel, Lehrbuch der Geburtshilfe.
Archiv für Gynäkologie, Band XXXI.
Zweifel, Lehrbuch der Geburtshilfe.
Küstner, Lehrbuch der Gynäkologie.

Lebenslauf.

Der Unterfertigte wurde geboren am 30. August 1876 zu Kraiburg, Bez.-Amt Mühldorf. Besuchte bis zu seinem zwölften Lebensjahre die Volksschule, war bis zur IV. Klasse am humanistischen Gymnasium in Burghausen, dann am Wilhelmsgymnasium in München, wo er 1897 das Reifezeugnis erhielt. Ein Semester studierte er am Polytechnikum in München Maschinenbaukunde, dann trat er zum Studium der Medizin über, dem er elf Semester an der Kgl. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München oblag. Am 6. Februar 1905 bestand er das medizinische Staatsexamen und am 20. März 1905 erhielt er die Approbation als Arzt. Seitdem war er in den Kreisen Oberbayern, Niederbayern und Schwaben auf Vertretung.

Karl Weichselgartner.